

# Ötanazi

## EUTHANASIA

Fatma ÖZ\*

\*Yard.Doç.Dr..Hacettepe üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği AD, ANKARA

### Özet

*Otanazi. etik ikilemler ve etik sorunlar yaratan, tüm ayrıntılarına katlar üzerinde düşünülmesi ve etik ilkelerle tartışılması gereken bir konudur. Bu konuda yapılacak bir değerlendirme ya da verilecek bir karar, kuşkusuz hasta açısından yapılmalıdır. Ancak, çoğu zaman sağlık profesyonelleri bu konuya kendi değer ve inançlarına göre bakmaktadırlar.*

*Bu yazıda, klinik uygulamalarda sıklıkla sorun olarak karşılaşılan ötanaziye ilişkin tartışmalar, sorunun hukuk ve etik boyutu, kararı kimin ve nasıl vermesi gerektiği gözden geçirilmiş; konu hekim ve hemşire açısından ele alınmıştır.*

Anahtar Kelimeler: Otanazi, Etik, Hemşire ve hekim

T Klin Tıbbi Etik 1998, 6:40-47

Euthanasia sözcüğü Grckçeden gelmektedir. Eu: İyi,güzel; ThanatosısıÖlüm anlamındadır. Ötanazinin şekli ne olursa olsun amaç; bireye acı vermeyen, rahat bir ölümü sağlamaktır (1,2).

Otanazi bazı sınıflamalar yapılarak açıklanmaktadır. Bu sınıflamada genel olarak iki ölçüt dikkate alınır. Hekimin eylemi ve hastanın istemi.

Hekim eylemine göre, otanazi uygulamaya yönelik olarak sınıflandırılmakta, aktif ve pasif otanazi olarak iki gruba ayrılmaktadır. Aktif otanazi, bir hastaya doğrudan bir uygulama yaparak "öldürme (killing)"dir. Yani kendim öldürmeye karar veren fakat, bunu yapabilmek için fiziksel

Geliş Tarihi: 03.03.1998

Yazışma Adresi: Dr.Fatma ÖZ  
Hacettepe Üniversitesi  
Hemşirelik Yüksekokulu  
Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği AD,  
ANKARA

### Summary

*Euthanasia is a subject which causes dilemmas and problems in ethics and should be considered and discussed within every detail. Any evaluation or decision on this subject should undoubtedly reflect the patient's point of view. However, in general health professionals evaluate this subject according to their own values and beliefs.*

*In this paper, common discussions about euthanasia during clinical applications, problems in law and ethics who would decide on euthanasia and how would this decision be made are reviewed and are considered in physicians' and nurses' point of view.*

Key Words: Euthanasia, Ethics, Nurse and physician

T Kim J Med Ethics 1998, 6:40-47

yetilere sahip olmayan hastalar için söz konusudur ve hekim aktif olarak eyleme katılır. Pasif otanazi ise, "izinli ölüm" (Letting die)dür, uzayan ölüm sürecine tıbbi müdahalenin yapılmayışı ya da yaşam desteğinin çekilmesi sonucunda ölümün kaçınılmazlığına izin verir. Her iki otanazi şeklinde hastanın izninin olması ön koşuldur. Ancak, hasta izin verirse isteği dikkate alınabilir (3-6).

Hastanın istemine göre yapılan sınıflama günümüzde giderek daha çok kabul görmektedir. Bu sınıflamada gönüllü (voluntary), gönüllü olmayan (non-voluntary) ve gönülsüz (involuntary) otanazi yer almaktadır. Gönüllü ötanazide, hastanın yazılı ya da sözlü açık isteği vardır. Hasta istek belirtmeyecek durumda ise, varsa daha önceden yazılı olarak belirttiği istek dikkate alınmaktadır. Otanazi isteğinde bulunan hastanın, yeterliğinin olması ve isteğini tekrar tekrar dile getirmesi gibi koşullar vardır. Hastanın yeterliği, hukuk (yaş, medeni durum) ve tıp (kendisinde ne olduğunun,

önerilenlerin ve sonuçta karşılaşılabilecek durumların farkında olması, seçim yapabilmesi ve bu seçimi ifade edebilmesi) açısından ölçütlerle değerlendirilmektedir.

Gönüllü olmayan ötanazide hastanın isteminin olması mümkün değildir. Hasta ya doğuştan ya da sonradan olan herhangi bir olay nedeniyle istekte bulunma yetisine sahip değildir. Bu durumda, mahkeme tarafından saptanan bir yasal temsilci ya da kurum karar verme hakkına sahiptir.

Gönülsüz ötanazide ise, hastanın kendi ölümü ile ilgili onamı alınmadan ya da yaşama isteğini belirtmesine karşın ötanazi uygulanması söz konusudur. Bu tür bir uygulama elbette tıp eriğine uymaz ve bu uygulama cinayet ile eşdeğerde değerlendirilmektedir. Bu tür ötanazi insanların yaşama isteğine karşı Nazi Almanyası'nda uygulanmıştır ve günümüzde ötanazi kapsamına bile girmemektedir (4-6).

Hekim eylemi olduğu halde ötanaziden tamamen farklı iki durum vardır: Hekim yardımcı özkıyım ve "canlandırma uygulamayınız" istemi. Hekim yardımcı özkıyımda hastanın yaşamının niteliği dikkate alınmaz ancak hasta özkıyım kararını kendi fiziksel yetileri olduğu halde, hekim ya da hemşireden tıp bilgilerini kullanarak gerçekleştirmesini ister (6,7).

Canlandırma, kalp ve solunum durmalarında (arrest) bu sistemleri yeniden çalışır duruma getirebilmek için uygulanan işlemlerdir. Bu uygulamada da diğer tıp uygulamalarında olduğu gibi hekim hastanın daha önce yazılı bir onamı yoksa, hasta temsilcisine bu uygulamanın yararlı ve gerekli olduğu kararını bildirip onanımı alması ön koşuldur. Hekimin tıbbi bulgulara dayanarak verdiği bir karar olması nedeniyle ötanaziden ayrılan bu uygulama çoğu zaman pasif ötanazi ile karıştırılmaktadır (6).

#### Ötanazide Hukuk ve Etik Sorunlar

Hipokrat kendisine atfedilen Hekimlik And'ında zehir vererek hastayı öldürmeyi yasaklamış olmasına rağmen, tedavi olasılığı olmayan hastaları da tedavi etmeye çalışılmamasını tavsiye etmektedir (7). Platon ve antik çağdaki birçok düşünür de ötanaziyi benimsemiştir. Eski İspartalılar ve Hitler Almanyası'nda topluma yararı olmayan tüketici konumundaki hasta, yaşlı ve sakat

kişiler öldürülmüşlerdir. Francis Bacon 17.yüzyılda ötanaziyi son çare olarak düşünenlerdendir. Tek tanrılı dinlerde ise Tanrının işine karışılmayacağı görüşüyle ötanazi reddedilmiştir.

Teknolojinin gelişimi ve endüstrileşmeyle birlikte toplumdaki değişimlere dayalı dinamik ahlak anlayışı ile, ölümcül hastalığı olan ve dayanılmaz fiziksel ağrı içinde yaşayan hastaların yaşamını uzatma ya da ne gibi durumlarda uzatılacağı ikilemleri yanında, hastaların kendi kararları ile tedavilerinin durdurulması ve acısız ölümün gerçekleştirilmesi de benimsenmeye başlamıştır (4,8,9).

Ötanazinin yasallaşması için çalışmalar 20. yy'm başlarındadır. Ötanazi 1936 yılında İngiliz Lordlar Kamarasında tartışılmış ve bu konuda dernekler kurulmuştur. ABD'de pasif ötanazi, Hollanda'da aktif gönüllü ötanazi yasallaşmıştır. Bu durumda hastalar, ölüm hakkını kullanabilmekte ya da bu hakkı kullanabilmek için hekime devredebilmektedirler (10). Aktif ötanaziyi yasallaştıran Hollanda 1993 yılında çıkarılan tüzükle ötanazi koşullarını getirmiştir. Bunlar;

- Hasta gönüllü olarak ötanaziyi istemeli,
- Hastanın ağrısı ve acısı dayanılmaz düzeyde olmalı,
- Hastanın ağrı ve acısını giderecek tüm yollar ve yöntemler denenmiş olmalı,
- Hastaya yeterli düzeyde ötanazi bilgisi verilmiş olmalı,
- Hasta ötanazi isteğini sürekli olarak dile getirmeli ve kararında tutarlı olmalı,
- Hekim bağımsız karar verebilecek bir başka hekime, hastayı konsülte etmiş ve aynı karara katılıyor olmalıdır (1,2,7,11,12).

1970'li yıllardan sonra birçok ülkede Euthanasia Cemiyetleri kurulmuş; 1988'de Dünya Ötanazi Birliği oluşturulmuş ve "World Right to Die Newsletter" isimli yayın organı vardır (2).

Ötanazi konusu etik ikilemler ve sorunlar yaratan, tartışılması gereken bir derttir. Bu nedenle, Euthanasia Cemiyetlerinin hedefleri etik soran yaratan aşağıdaki durumları açıklığa kavuşturmak için; Bunlar;

1. İstek Üzerine Ölüm (Mercy Killing): Hollanda hariç hemen hemen tüm dünya ülkelerinde istek üzerine ölüm yasal olarak sını-

tur.Hekimler ötanaziyi Hollanda Kraliyet Hekimler Birliği'nin bu konuda oluşturduğu nizamname doğrultusunda gerçekleştirdikleri takdirde cezalandırılmamaktadırlar. İngiltere'de terminal dönemdeki hastaların ölüm ya da yaşama isteğini iyi belirleyebilmek için rehberler oluşturulmuştur. Bu rehberler hekim ve hemşirelerin uygulamalarındaki çatışma ve ikilemelerini çözmeyi kolaylaştırmakta, ancak, ötanazi uygulamasını destekleyici olduğu anlamına gelmemektedir (13).

2. Ölümüne Yardım (Self Deliverance): Ölüm-cül bir hastanın ağrısını dindirmek ve diğer palyatif tedavi yöntemlerini uygulamak hemşire ve hekimlerin görevlerindedir. Yapılan palyatif yardım sırasında örneğin, ağrı kesici gereksinimi olan bir hastaya ilaç verince, hastanın solunumu bozulabilir, bu nedenle yaşam süresi kısalsabilir ya da diğer yan etkiler görülebilir. Bu durum, hemşire ve hekimlerin uygulamada karşılaştıkları bir takım etik sorunları da beraberinde getirir. Bu örnekteki amaç ve sonuç kuralı, çift etki ilkesi ile açıklanır. Yani bir kişinin davranışının niyet edilen ve niyet edilmeyen etkileri arasında etik açıdan farklılıkların olduğunu kabul eder. Örneğin; hastanın dayanılmaz fiziksel ağrısı varsa, ağrıyı kontrol altına alabilmek için morfin (belki de yüksek dozda) vermek gerekebilir. Oysa, morfinin istenmeyen etkisi, solunum merkezini deprese edebilmesi ve hastayı doğrudan ölümüne götürebilmesidir. Burada amaç ilacın ağrıyı kontrol altına alması ve ağrıyı hafifletmesidir. Ama, ilacın hastanın ağrısını azaltacağı düşünülürken ve niyetin yalnızca ağrıyı gidermesi olduğu halde, hastanın solunum merkezini baskılayarak ölümüne de yol açabilir (2,5).

3. İyileşmeyecek Hastaların Ölümüne Terkedilmesi (Passive Euthanasia): Geriye dönüşsüz, komaya giren iyileşmesi mümkün olmayan ve ağrı içinde yaşayan hastaların yaşamlarını gereksiz yere uzatmamak için ölüm hakkının tanınmasıdır (2,14).

Dünya Sağlık Örgütü ve Avrupa Tabip Birlikleri ile 1992 yılında Roma'da yapılan toplantıda, tedavisi mümkün olmayan hastaların onurlu ölüm hakkına sahip oldukları kabul edilmiştir (15).

Fransa Onurlu Ölüm Hakkı Birliği, kronik ağrılı hastalığı olup, yaşam kaliteleri iyice azalan hastaların yaşam sürelerini uzatmaya çalışma durumunu "terapötik şiddet (therapeutic fury)" olarak

tanımlamaktadır. Bu kişiler hastanelerde respiratöre bağlanır, enfeksiyondan korumak için giriş, çıkış ve ziyaretçiler yasaklanır. Bu durum çoğu zaman gerek hasta gerekse yakınları için çekilmesi zor, insanlık dışı bir yaşam haline gelir. Bu nedenle, her insanın, yalnız ve acılı hastane deneyiminden kaçınarak, "onurlu ölüm hakkını" isteme hakkına sahip olduğu düşünülürken, ölüm hakkının ise yalnızca terminal dönemdeki ve tedavi şansı olmayan kişilere uygulanması önerilmektedir (16).

Ülkemizde ötanazi Türk Ceza Kanununda kasten adam öldürmek gibi suçtur, aktif ötanazi 448.maddeye göre cinayet, pasif ötanazi ise 454.maddeye göre ihmal suçundan işlem görür (8,50).

İnsan biyolojik bir varlık olmaktan öte, düşünen akıl ve mantık yürüten bir varlıktır. Beyin işlevlerinin kaybedildiği yani aklın kaybolduğu durumlarda, bir bireyin yaşamının devanı ettirilmesinin anlamsız olduğunu savunan görüşler bulunmaktadır. Bu görüşe göre, beyin işlevlerini kaybeden kişiler, insan olarak varlıklarını sürdürememektedirler. Bu bireyler, düşünebilme yeteneğine sahip olamadıklarından yaşamlarını sürdürme ya da sonlandırma konusunda da karar veremezler. Bu dwt.e ki. onların adına bir başkasının karar vermesi gerekmektedir.

Fletcher (17), etik olarttk bir bireyin yavaş ve kötü koşullarda, insanlık dışı bir şekilde ölümüne izin vermenin doğru olmadığını belirtmektedir. Fletcher ayrıca, insanlık değerlerimizin, biyolojik yaşam ve işlevlerin üzerinde ehması gerektiğinden söz eder, geleneksel tıbbın yaşamın kutsal olduğunu kabul ettiğini oysa, yaşam kalitesinin de önemli olduğunu vurgular, Engelhardt (18) bir hastanın ölümüne izin verme ya da aktif olarak ona neden olmanın aynı sonucun oluşmasını sağladığını belirtir. Bu durumda, "yaşam ölümden daha iyi değilse, sonuçta olacak doğal ölümü beklemek yerine ölümü hızlandırmak (kolaylaştırmak) iyilik etmek olabilir" der.

Hastalar kontrol edilemeyecek derecede fiziksel ağrı yaşadıklarında, bütünlüklerine tehdit algılananlardan acı çektiklerinde ya da bir birey olarak varlıklarını sürdüremediklerinde zaman zaman ötanazi isteğinde bulunmakta ve bu konuda yardım istemektedirler. Terminal dönemdeki bir hastanın yaşam desteklerinin çekilmesine karar

verildiğini düşünelim, (bu uygulama hastaya ölmesi için hastaya izm verme eylemidir) yaşam desteklerinin çekilmesine karşın hasta ölmeyebilir. Böylece ölüm süreci uzayan, ağrı ve acıdan yaşamı çekilmez hale gelen hastaların aktif ötanazi isteği ile uygulamalarda sıklıkla karşılaşılabilir. Bu durumda sağlık ekibi ne yapabilecektir? (5,19,20).

Öte yandan, incelenen bazı literatüre göre, terminal dönemde acı çeken ölümcül hastaların gereksinimleri çoğu zaman anlaşılmadığı için o bireyin gereksinimlerine uygun bir hizmet ya da bakım verilemez. Burada hastanın bakım gereksinimi ölüme hazırlamayı gerektirir. İnsanlar çoğu zaman ölmekten değil, nasıl öleceklerinden korkarlar. Oysa, bu durum, çoğu zaman hemşire ve hekimler tarafından ölüm öncesi bakım olarak değil de, tıbbi acil bir durum olarak değerlendirilir ve hemen acil tıbbi uygulamalara başlanır (9,21,22,23). Bu durum akla şu etik sorulan getirebilir: Kararı kim verecek, hasta hastanedeki tüm tedavileri kabul etmek zorunda mıdır, hastayı ölüme terketmek için uygun bir zaman var mıdır, bu durumu bir kişi mi değerlendirir, bu değerlendirme uygun mudur, bu karar verilirken hangi değerler etkilidir, ölmek üzere olan hastaya nasıl bakım verilmelidir, aile karara katılmalı mıdır, aile bu konuda ne derece etkilidir, hekim hastaya aktif eylemlerin ölüm için tek alternatif olduğunu gösterme sorumluluğuna sahip midir, bu durumda hemşireler karara nasıl katılacaklar ya da katılmazlarsa uygulamada nasıl bir sorunla karşılaşacaklar?

Hekimin "Resüsite edilmesin" istemi de akla pek çok etik soruyu beraberinde getirir. İlk soru, "bu kararı kim verir?". Çoğu zaman bu kararı hekim verir. Oysa, Bandman ve Bandman (24) bu kararın sağlık personeli tarafından verilmemesini, hasta tarafından verilmesi gerektiğini belirtmişlerdir. Akla gelen diğer sorular, "bu yolla hekim hastanın daha hızlı ölmesine neden olabilir mi?". "Hastanın resüsite edilip edilmeyeceğine hemşireler nasıl karar verecekler?" Pek çok ülkedeki hastanelerde bu konuda hazırlanmış bir rehber yoktur. Resüsite edip etmeme kararı çoğu zaman hemşirelerle tartışılmaktadır.

Bu soruların yanıtları her durum ve her birey için farklıdır. Sağlık çalışanları özellikle hasta ile 24 saat birlikte olan hekim ve hemşirelerin, bu

konuları etik ilkeler doğrultusunda tartışmaları ve etik ilkeler dahilinde çözüm bulmaları gerekir.

Yukarıda sözü edilen soruların, kurumsal etik komitelerinin oluşturulmasıyla açıklığa kavuşmasının kolaylaşabileceği düşünülmektedir. Amerika Birleşik Devletlerimde 1960'ı yılların ortalarında ölmekte olan tüm hastalara kardiyopulmoner resüsitasyon uygulanmaktaydı. Ancak bazı hastalara bu işlemin yararının olmayacağına inanıldığından, hekim ve hemşireler, "walk slowly to the bed-yatağa yavaşça yürü" görüşünde birleşmişlerdir. Hasta ve ailesiyle herhangi bir anlaşma yapılmaksızın, hekim ve hemşire tarafından bu uygulama sıklıkla yapılmıştır. 1970'lerde dava edilme korkusu hemşire, hekim ve hastane yöneticilerini tedirgin etmiş, bu kararı vermek zor gelse bile hekimlerin "resüsitasyon endikasyonu yoktur" istemini vermesi zornlu kılınmıştır. Son yıllarda ABD'nin çoğu eyaletlerinde ise pasif ötanazi uygulaması için düzenlemeler yapılmıştır (25).

1971'de ABD'de Down sendromlu ve intestinal atrezili bir bebeğin ebeveynlerinin isteği ile bebek aç bırakılarak ölümüne neden olduğunda, yasal ve etik tartışmalar gündeme gelmiştir. Mahkemede bu uygulama kararı uygun bulunmuş, ancak bu uygulama sonrasında ciddi boyutta defektli doğan bebek ölümlerinde 2 yıl süreyle hızlı bir artış görülmüştür. Son zamanlarda herhangi bir yasal düzenleme olmadığı halde hangi bebeklerin tedavi edileceği, hangilerinin yaşamının sonlandırılacağı konusunda kriterler yayınlanmış (7,26), Amerikan Hemşireler Birliği Etik Komitesi ise besin ve sıvının çekilmesine ilişkin bir rehber oluşturmuştur (27). Bu konuda kriterler belirlenip, rehber oluşturulmuş olsa da defektli yeni doğanın hangisinde/hangi durumlarda besin ve sıvının çekilip çekilemeyeceğine ilişkin sorunlar ve tartışmalar sürmektedir. Parenteral beslenen hastalardan besin ve sıvının çekilerek ölmelerine izin verme konusunda hemşireler üzerinde yapılan kalitatif bir çalışmada; insan yaşamının kutsallığını kabul eden, ötanaziye karşıt hemşirelerin çoğu, ölüm konusundaki dini inançlarını belirtmişler, aktif ötanaziyi "playing God-Allahcılık Oyunu" olarak ifade etmişlerdir. Ötanaziyi destekleyenler ise hasta otonomisinin önemli olduğunu savunmuşlardır (5).

Hekimin ve hemşirenin temel görevi, hasta yararına, en iyi hangisiyse ona göre davranmak ol-

- Kendi insani değerlerine göre hastayı gereksiz yere yaşatmaya çalışma

- Yaşamın hiçbir koşulda sonlanmaması gerektiğine inanma.

1961 yılına kadar İngiltere'de "yaşamı sonlandırma" kesinlikle yasaklanmıştı. Gray'in tartışmalarına göre istemli ötanaziye izin veren yasalar, bireyin kendi değerlerine göre karar vermesine dayanmaktadır. Bu durumda, hiç kimse kendi değerlerine göre bir başkasını karar vermeye zorlayamaz. İnsanı diğer canlılardan ayıran en önemli özelliklerden biri de, insanın kendi yaşamı hakkında karar verebilme yeteneğine sahip olmasıdır. Bireyin yaşamına karar vermesi, yani ölüm hakkının olması da ötanazinin yasallaşmasını gerektirir (2).

Aktif ötanazinin yasallaşmasını destekleyenler bireyin iyiliğini ve insani değerini korumak için insani ve sevgi güdülerine yönlendirilmektedirler. Bu nedenle iyileşmeyen hastalıklardan bedensel ve ruhsal acı çeken hastaların bazıları durumlarını kolay kabullenirken, bazılarının ölümü düşünmeleri ötanazinin soruna en iyi cevap olup olmadığı ile açıklanır. Öte yandan günümüzde tıp bilimi yalnızca cerrahi ve tıbbi tedavide gelişmemiş, ağrı kontrolünde de oldukça etkili gelişmeler olmuştur. Tıp ve hemşireliğin önemli bir alanı olan malign ve terminal hastalarda fiziksel ve ruhsal acının kontrol edilmesi, bu alandaki sorunu çözmeye yarayan pozitif çalışmalarlardır. Oysa ötanazi bu sorunu çözmeye yönelik olmayan negatif ve bozucu bir karardır. Çözüm olabilecek ağrı kontrolü ise, ölüm sürecini kasıtlı olarak hızlandırmadan değerli bir ölümün olabileceğini göstermektedir. Jecker (29), ağrı kontrolü yapılamayan süregelen bir hastalığı olan bir hastanın izlenmesinin de etik olarak doğru olabileceğini tartışır. Bu tartışmaların temelinde hekimin kendi rolünü nasıl algıladığı yatmaktadır. Öte yandan, hekimin acı çeken hastanın ağrısını hafifletme sorumluluğunun yanında, hasta için ölümün hızlandırılması gereken zamanların da olabileceğini savunanlar vardır (Aktif ötanaziyi kabul edenler).

Aktif gönüllü ötanazi uygulamasının yasa tarafından izin verilmemiş olmasının nedeni, yaşamın kutsallığı ilkesine dayanmaktadır. Çünkü aktif ötanazi yaşamın kutsallığının bir ihlalini göstermektedir (kırmızı ışık ilkesi). Kırmızı ışıktan geçmeye izin verilen acil taşıt sürücülerine ötanazi

uygulayan hekimler birbirine benzetilmişlerdir. Bu durumda insan yaşamı ihlal edilmekte, bir başkası da bunu kendinde hak görmektedir. Oysa, insanoğlu ne zaman doğacağı seçme hakkı gibi, ne zaman öleceğini de seçme hakkına sahip değildir. Ancak insanın doğurtma ve öldürme işi gibi eylemleri gerçekleştirme yeteneğinin olması, onu yapmaya hakkı olduğunu göstermez.

İnsan hakları deklarasyonunda ise ne yaşam ne de ölüm hakkı birbirine kıyaslanmıştır. Açıkça belirtilen, yaşam hakkını vermek için bir başka kişinin yaşamını alma hakkına kimsenin sahip olmayacağıdır. Bu nedenle, gönüllü ötanazinin hiçbir şekli savunulamaz ve otomatik olarak etik yönden hak değildir (2,12,28).

"Ötanazi, öldürmek (killing) ve "ölüme yardım" (Help to die) arasındaki ayrım ile "tecavüz" (rape) ve "sevişme" (make love) arasındaki ayrıma benzetilerek tartışılmaktadır. Öldürme ve tecavüz kavramındaki benzerlik, bireyin bunları istememesi, zorla yapılmasıyla, ölüme yardım ve sevişme kavramındaki benzerlik ise bu eylemlerin bireyin kendi izniyle ve gönüllü olarak gerçekleştirmiş olmasıdır. Bu nedenle, aktif gönüllü ötanaziyi uygulayan kişi, bireyin kendi isteği ve izniyle yaptığı için öldürmek yerine, ölümüne yardım etmek eylemini gerçekleştirmiş olmaktadır (30).

Tartışmalar yarar ilkesi ve hekimin hastaya karşı sorumluluğu üzerinde de yapılmıştır. Hipokrat kendisine atfedilen And'mda belirttiği üzere, öldürmenin yasak edilmesine karşın aktif ötanazinin uygulanması durumunda, hekimlerin bir ölüm ajanı olduğuna inanılacağı ve yaşamı sürdürme konusunda hekimlere duyulan güvenin sarsılabileceği kaygısını belirtmektedir. Bu nedenle, bu durum kaygan bir zeminde yürümeye benzetilmiştir (5).

#### Ötanaziye Kim Karar Vermeli ve Nasıl Gerçekleştirmeli

Ötanazinin kimin tarafından kararlaştırılacağı, ne zaman ve kim tarafından uygulanacağı konusunda tartışmalar bulunmaktadır. Ötanazinin kim tarafından uygulanacağı konusunda ise çoğu zaman hekim ya da hemşirenin yapması beklenir fakat, her iki grupta da ötanaziye karşı olanlar oldukça fazladır (12,28). Hekim-hasta ya da hemşire-hasta ilişki-

kısı bir güven ilişkisidir. Hasta, her iki grubun kendisi için en iyi kararı vereceğini düşünür. Ötanazmin yasallaşması durumunda, hastanın onamı olmadan tedavilerde yapılan herhangi bir değişim, hastaların yaşamlarını sürdürme konusunda bir şüphe yaratabilir. Bir ağrı kesiciyle bile kendilerini öldürebileceklerini düşünebilirler. Bu tip uygulamalar hastanın anksiyetesini arttırmakla kalmaz, aynı zamanda iyileşmesini geciktirir ve tedavi grubuna karşı güven ilişkisini bozabilir.

Birçok ülkede henüz yasal olmayan ötanazi için İngiltere'de karar hasta tarafından verilmektedir. Hasta kararını yeterli ve sağlıklı durumdayken vermekte, ağrıya dayanamadığı ya da çok fazla ruhsal acı çektiği durumlarda da ötanazi isteyebilmektedir. Ölüm kararının hasta tarafından sağlıklıyken verilmiş olması, akla şu soruyu da getirmektedir. Hastanın sağlıklıyken verdiği karar, bilinci kayb olduğunda değiştirip değiştirmediği nasıl anlaşılacaktır? (2).

Hollanda'da birçok hekim, otonomisini kazanmış bir birey olarak istemde bulunan hastalarının ölümüne yardım etmeyi uygun görmektedir. Bu durumda ne yardım isteyen hasta ne hasta yakınları, ne de uygulayan hekim ve hemşireler kendilerini infaz uygulayan kişi olarak görmektedirler. Bu ülkede yasalar belirlenmiş, öldürme ve ölüme yardım arasında farkın olduğu kabul edilmiştir (30).

Hemşire ötanazinin uygulanmasında yer alabilir. Hemşirenin rollerinden biri de hasta savunuculuğunu yapmaktır. Bu rolü gerçekleştirirken hemşirenin ötanazi konusunda hasta ve yakınlarına bilgi vermesi; hastanın bilgilendirilmemesi, psikoz, beyin hasarı ya da organik sorunlar nedeniyle kendi hakkını savtınamadığı durumlarda hastayı savunması; hastanın onayı alınmadan yapılan uygulamalara karşı hastayı koruması gerekmektedir. Hemşirenin bu rolü ekip içi etkileşimin artırılması ve ekip kararının üyeleriyle ortak verilmesinin desteklenmesi açısından önemlidir.

Hasta savunuculuğunun bir diğer amacı da hasta haklarını korumaktır. Bu durumda hemşire ve hekimin görevi, hastaya ötanazi hakkı verildiğinde, hastanın bu hakkını kullanmasına yardımcı olmaktır. Hasta yaşamının sonlanmasını isterken, hemşire ya da hekim yaşamın sonlanmasına karşı olabilir. Burada önemli olan, yaşamın sürdürülmesinde

hemşirenin ve hekimin değerlerinden çok, hastanın kendi isteğinin dikkate alınmasıdır. Hekim ve hemşirelerin klinik uygulamalarında bu konudaki kararları ötanazinin yasallaşması durumunda ya da izlenmesi gereken genel politikalardan etkilenmesi kaçınılmazdır. Bu nedenle hemşire ve hekimlerin bu konuda söz sahibi olabilmeleri için yaşam ve ölüm konusundaki kendi değer ve tutumlarını gözden geçirme ve inceleme sorumluluğuna sahip olmaları gerekmektedir. Kendi değerlerinin, tutum ve inançlarının farkında olan hemşire ve hekim, kendi ölümüne karar vermek için bireylerin haklarını ve uzayan yaşamın sürecini ve anlamını değerlendirirken objektif olmayı ve o birey açısından bakabilmeyi başarmada daha iyi düzeyde olacaktır (2,3,5).

#### KAYNAKLAR

1. Elçioğlu Ö, Gündüz T, Köşgeroğlu N. Tıp, Hukuk ve Etik Açısından Euthanasia. Tıbbi Etik. Ağustos 1994;2(2):64-70.
2. Rumbold G. Ethics in Nursing Practice. Second Ed. Bailliere Tindall. London 1993:72-87.
3. Collins M. Communication in Health Care. The CV Mosby Company. Saint Louis 1977:159-167.
4. Darbyshire P. Euthanasia: Whose Life? Whose Decision? Nurs Times. 1987 Nov;83 (45):26-29.
5. Davis AJ, Phillips L, Drought TS, Sellin S, Ronsnıan K, Hershberger AK. Nurses' Attitudes Toward Active Euthanasia. Nursing Outlook; July/August 1995:43 (4): 174-179
6. Oğuz Y. Tıp Etiği açısından ötanazi. 3P Dergisi ,1996;4 (Ek.3):5-8.
7. Terzioğlu A. "Euthanasie (Ötanazi) ve Getirdiği Etik Soranlar" Tıbbi Etik. 1994;2(1): 16-22.
8. Czerwiec M K. When a Loved One is Dying Families Talk About Nursing Care. Am J Nurs/May 1996;96(5):32-36
9. Gillett G. Euthanasia, letting die and the pause. Journal of Medical Ethics. 1988; (14):61-68.
10. Smith PN. Euthanasia and the Doctors-A Rejection of the BMA's Report. Journal of Medical Ethics. 1989; 15:124-128.
11. Akpir K. "Genel Tıp Uygulamasında Etik" Konsültasyon-Liyeron Psikiyatrisi Kongresi ve Mezuniyet Sonrası Eğitim Kursu "Uluslararası Katılımlı" 2-5 Kasını 1994. İstanbul.
12. Kulise. H. "Euthanasia - again, "letting die" is not in the patient's best interests: A case for active euthanasia". The Medical Journal of Australia. May 1985; 27(142) :610-613.
13. Sanders S. A Time to Live or A Time to Die. Nursing Times. Nov 1992; 88(45):34-40.
14. Rachels J. Active and Passive Euthanasia New England, Journal of Medicine. 292 1975; 292 (2):78-80.
15. Milliyet Gazetesi. 28 Kasım 1992:13.

16. Newsweek "A Right To Die'" March 14. 1988:46-49.
17. Fletcher J. Euthanasia, in: HumanhoocEEssays in Biomedical Ethics. Bufferlo, New York: Prometheus, 1979:149-58.
18. Engelhardt HT. The Foundations of Bioethics. New York:0/ford University. 1986
19. Demirdoven tH. "Euthanasia ve Flak Üzerine" 3P Dergisi 1996;4(Ek.3):17-19.
20. İnceoğlu S. "Yaşam Hakkı Karşısında Ötanazi" 3P Dergisi 1996; 4(Ek.3):20-26
21. Çay. F. "Ölümçül Hasta ve Hekim" 3P Dergisi 1996;4 (Ek.3):35-38.
22. Kubler-Ross E. Yaşamın Son Günleri. (Çev: Terakye.G.) Hürbılek Matbaacılık Ankara. 1992
23. Gawley MA. "Euthanasia Should It be A Choise?" Am J NurstMay 1977:859-861.
24. Bandman E and Bandman B. Nursing Ethics Throught Life Span, Engle wood diss: NJ: Trendice Hall 1990
25. Weeks LC, Gleason VR, Reiser S. "How Can A Hospital Ethics Committee Help?" Am J Nurs. May 1989:651-655.
26. Cushing M. "Do Not Feed" Am J Nurs. April 1983:602-604.
27. American Nurses Association "Withdraving or Withholding Food and Fluid" Am J Nurse. June 1998:797-798.
28. Kuhse H, Singer P. Voluntary Euthanasia and The Nurse: An Australian Survey, international Journal of Nursing Studies. 1993;30(4):3 11-322.
29. JeckerNS. Giving Death a Hand: When the Dying and The Doctor Stand in A Special Relationship. J Am Geriatr Soc. 1991;39:831-5.
30. Davies J. Raping and making love are different concepts: So are killing and voluntary euthanasia. Journal of Medical Ethics. 1988;14:148-149.